

Cameron Stewart Bec¹

REGULAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NA AUSTRÁLIA: UMA VISÃO DE ANTÍPODAS

¹*University of Sydney. Sydney, Austrália.*

Correspondência: cameron.stewart@sydney.edu.au

Recebido: 11/22/2018. Aprovado: 03/11/2019.

RESUMO

Este artigo analisa a regulação dos profissionais de saúde na Austrália. Começa descrevendo os poderes constitucionais para regular os serviços de saúde na federação australiana e o sistema criado de direitos de acesso à saúde. O artigo examina a atual Lei Nacional de Regulação do Profissional de Saúde, que tenta criar um sistema regulatório uniforme para os profissionais de saúde na Austrália. O trabalho investiga o funcionamento desse sistema e os dados atuais sobre sua operação, concluindo com um olhar sobre seus desafios futuros.

Palavras-chave:

Austrália; Acesso ao Sistema de Saúde Australiano; Regulação das Profissões de Saúde.

Introdução

Recentemente, a Austrália tem feito grandes mudanças na estrutura de regulação de sua força de trabalho em saúde. Em 2009, o governo federal australiano e os governos dos diversos estados e territórios criaram o Quadro Nacional de Registro e Acreditação (NRAS, na sigla em inglês), a primeira tentativa de criar um sistema de regulação de profissionais da saúde que fosse válido em todo o país. O NRAS definiu um marco regulatório na forma da **Lei Nacional de Regulação do Profissional de Saúde**¹ (Lei Nacional) para implementar o sistema, que cada estado e território implementou com a colaboração de nove (mais tarde 14, e agora 15) profissões de saúde diferentes. O sistema regula a acreditação, o registro e a disciplina profissional de saúde e tem sido descrito como policêntrico, dado que envolve nove governos diferentes, 15 profissões, oito órgãos de denúncia sobre serviços de saúde e nove sistemas judiciais diferentes².

Este artigo começa com uma descrição do sistema político australiano e seu arcabouço constitucional. Depois, examina os mecanismos constitucionais específicos sobre a prestação de serviços de saúde e a divisão de responsabilidades entre o governo federal e os estados e territórios. Prossegue examinando a Lei Nacional, uma tentativa de criar um sistema uniforme de registro e disciplina profissional para os serviços de saúde na Austrália. O artigo analisa as estruturas de regulação, os sistemas de denúncia e notificações, os processos disciplinares e a regulação de profissionais de saúde não registrados, reunindo os dados mais recentes das ações relativas à Lei Nacional. O artigo conclui com algumas reflexões sobre o direcionamento futuro da Lei Nacional.

I. Uma breve descrição do sistema jurídico australiano

A Austrália é uma monarquia constitucional composta por uma federação de seis antigas colônias britânicas: Nova Gales do Sul, Queensland, Austrália Meridional, Tasmânia, Victoria e Austrália Ocidental. A população total é de 25 milhões de habitantes, cuja maioria reside na costa leste³. A colônia original, Nova Gales do Sul, foi estabelecida pela Coroa Britânica em 26 de janeiro de 1788, e as outras colônias foram estabelecidas ao longo do século seguinte. A Comunidade da Austrália (*Commonwealth of Australia* - Cth), organismo federado composto pelas seis colônias, foi formada em 1901, após a pacífica devolução do poder pelo Parlamento

¹QUEENSLAND GOVERNMENT. *Health Practitioner Regulation National Law Act 2009*. Reprint current from 1 December 2018 to date. Disponível em: <<https://www.legislation.qld.gov.au/view/html/inforce/current/act-2009-045>>. Acesso em: 28 mar. 2019.

²BENNETT, Belinda, CARNEY, Terry, CHIARELLAI, Mary, WALTON, Merrilyn, KELLY, Patrick, SATCHELL Claudette, BEAUPERT, Fleur. Australia's national registration and accreditation scheme for health practitioners: a national approach to polycentric regulation? *Sydney Law Review*, v.40, n. 2, p. 140-181, 2018.

³AUSTRALIAN BUREAU OF STATISTICS. *Australian demographic statistics*. Mar 2018. Disponível em: <<http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/mf/3101.0>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

Imperial Britânico⁴. Nova Gales do Sul é o maior estado em termos de população, com 7,5 milhões de residentes, dos quais 4 milhões moram em sua capital, Sydney⁵.

A Coroa Britânica manteve a supremacia sobre a Austrália, mas todos os resquícios do poder que o Parlamento imperial tinha para mudar a legislação australiana foram finalmente eliminados em 1986⁶. A rainha da Coroa Britânica também detém as coroas da Austrália e de todos os seus estados. As funções da monarca são confiadas a seus representantes, nomeadamente governadores dos estados e um governador-geral no Parlamento federal. Esses representantes régios não são escolhidos democraticamente e sim nomeados pela rainha britânica a partir da recomendação dos chefes dos governos britânico e australiano⁷.

Todos os estados da Austrália e seu sistema federal utilizam uma legislatura bicameral (duas casas) no modelo de Westminster, exceto Queensland, que tem apenas uma casa legislativa. O braço executivo do governo não está separado do legislativo no sistema de Westminster, e os governos australianos seguem esse modelo do gabinete britânico.

O poder é compartilhado entre o governo federal e os estados sob a Lei Constitucional da Comunidade da Austrália de 1901 (Cth, Constituição da Austrália). São conferidos poderes específicos ao governo federal⁸ e alguns poderes exclusivos, tais como defesa e moeda. Porém, a vasta maioria de seus poderes são concorrentes, também compartilhados com os estados. Se existir conflito entre uma lei federal e uma lei estadual, a lei federal é superior na medida da inconsistência⁹.

Além dos estados, existem outros dois importantes territórios que se autogovernam: o Território da Capital Australiana e o Território do Norte. Esses territórios têm suas próprias legislaturas, mas estão sujeitos ao poder do governo federal, que pode sobrepor-se à legislação do território em qualquer assunto¹⁰.

1. Common law australiana e a posição dos aborígenes australianos e dos ilhéus do Estreito de Torres

Teoricamente, a Austrália tem uma única *common law*, baseada na legislação inglesa, porém, adaptada para a realidade australiana ao longo dos últimos 230

⁴*Australian Constitution Act 1901* (UK). Disponível em: <https://www.aph.gov.au/About_Parliament/Senate/Powers_practice_n_procedures/Constitution.aspx>. Acesso em: 29 mar. 2019.

⁵AUSTRALIAN BUREAU OF STATISTICS. *Quick stats for Greater Sydney*. Disponível em: <http://quickstats.censusdata.abs.gov.au/census_services/getproduct/census/2016/quickstat/1GSYD?opendocument>. Acesso em: 10 nov. 2018.

⁶*Australia Act 1986* (Cth); *Australia Act 1986* (UK). Available at <<https://www.foundingdocs.gov.au/item-sdid-103.html>>. Acesso em: 29 mar. 2019.

⁷*Australian Constitution*, s 51, cit.

⁸WILLIAMS, George, BRENNAN, Paul., LYNCH, Andrew. *Australian constitutional law: commentary and materials*. 7th ed. Sydney: Federation Press, 2018.

⁹*Australian Constitution*, s 109.

¹⁰*Australian Constitution*, s 122.

anos¹¹. Ao contrário dos estados norte-americanos, os estados e territórios australianos não têm *common laws* individuais, portanto, as cortes australianas aplicam a teoria de uma legislação *common law* australiana unificada. Porém, como os estados e territórios têm poder para legislar, com o tempo surgiram diferenças nas leis.

Oficialmente, considera-se que a *common law* inglesa foi levada à Austrália em 26 de janeiro de 1788¹². Essa incorporação se deu pela aplicação da chamada *doctrine of reception* (doutrina de recepção, em tradução livre), um preceito da *common law* segundo o qual, quando a terra não está ocupada, os colonos aplicam suas próprias leis à colônia, tanto quanto for viável fazê-lo¹³. Ao se considerar a colonização da Austrália como pacífica, a legislação inglesa foi incorporada e a soberania foi reconhecida pela Coroa Britânica.

É importante salientar que os aborígenes australianos e os ilhéus do Estreito de Torres ocupam o território hoje conhecido como Austrália há dezenas de milhares de anos. Nem as antigas colônias britânicas nem o governo federal jamais celebraram um tratado vinculante com os aborígenes australianos ou com os habitantes do Estreito de Torres. Portanto, não existe reconhecimento da antiga soberania dos povos indígenas australianos¹⁴. Devido à falta de reconhecimento, por parte dos sistemas jurídicos, da soberania dos indígenas australianos, nunca foi declarada guerra contra eles e o continente é tratado pela lei como tendo sido pacificamente colonizado (embora isso esteja substancialmente em desacordo com os fatos)¹⁵. Apesar de, inicialmente, as cortes de Nova Gales do Sul reconhecerem as leis e terras aborígenes¹⁶, mais tarde esse reconhecimento deu lugar à ficção de que Nova Gales do Sul (e o restante da Austrália) era uma *terra nullius*, efetivamente uma “terra de ninguém”¹⁷. Em 1992, a Suprema Corte rejeitou o conceito de *terra nullius* e reconheceu que os direitos dos aborígenes à terra poderiam ser mantidos, mas somente quando não tivessem sido extinguidos pelo poder britânico, pelas autoridades coloniais e, mais tarde, pelos governos australianos (“caso Mabo”)¹⁸. O “caso Mabo” não reconheceu a soberania dos indígenas australianos, somente a possibilidade de eles terem direitos à propriedade de terra. Portanto, os indígenas australianos estão sujeitos às leis ordinárias da Austrália e não têm direito a seus próprios sistemas jurídicos, a menos que tais direitos sejam garantidos pelos estados e territórios.

¹¹STEWART, Cameron, KERRIDGE, Ian, PARKER, Malcolm. *The Australian medicolegal handbook*. Sydney: Elsevier 2008.

¹²*Australian Courts Act 1828* (UK). Disponível em: <<https://www.foundingdocs.gov.au/item-did-39.html>>. Acesso em: 29 mar. 2019.

¹³CREYKE, Robyn; HAMER, David; O'MARA, Patrick; SMITH, Belinda; Taylor, T. *Laying down the law*. 10th ed. Sydney: LexisNexis 2017.

¹⁴*Id.* Ibid.

¹⁵*Id.* Ibid.

¹⁶*R versus Bonjon* [1841] NSWSupC 92.

¹⁷KERCHER, Bruce. *R v Ballard, R v Murrell and R v Bonjon*. *Australian Indigenous Law Reporter* v. 3, n 3, p. 410, 1998.

¹⁸*Mabo versus The State of Queensland* (1992) 175 CLR 1

II. O poder constitucional de regular os serviços de saúde

É importante enfatizar que o governo federal australiano não exerce poder geral sobre a saúde, mas tem alguns poderes constitucionais, como o de declarar quarentena, que indiretamente afetam o serviço de saúde¹⁹. Após a Segunda Guerra Mundial, o governo federal tentou criar um sistema de benefícios farmacêuticos que proveria medicação gratuita aos australianos mais pobres, mas a iniciativa foi considerada inconstitucional pelo fato desta competência não estar prevista na Constituição²⁰. A Constituição foi posteriormente emendada para incluir a competência de regular um seguro de bem-estar social que incluísse “benefícios farmacêuticos, hospitalares e, em caso de doenças, serviços médicos e odontológicos (mas não de forma a autorizar nenhum tipo de recrutamento civil)”²¹. O texto proíbe a nacionalização dos serviços médicos, mas tem permitido o financiamento federal de atividades e programas de saúde e, como a capacidade econômica do governo federal tem crescido, seu poder regular a saúde de fato também foi ampliado.

Hoje em dia, as principais ações do governo federal na regulação da saúde compreendem:

- (i) regular a introdução de produtos terapêuticos e fármacos por meio da Administração de Mercadorias Terapêuticas (TGA, da sigla em inglês). O papel da TGA é avaliar a segurança e a eficácia dos produtos de saúde²²;
- (ii) fornecer fármacos subsidiados por meio do Regime de Benefícios Farmacêuticos (PBS, da sigla em inglês). Os medicamentos que são aprovados para serem listados pelo Conselho Consultivo de Benefícios Farmacêuticos podem ser obtidos a preços bem reduzidos e são disponibilizados sem custo para algumas classes de pacientes²³;
- (iii) financiar pesquisas em saúde e medicina, por meio do Conselho Nacional de Pesquisa em Saúde e Medicina (NHMRC, da sigla em inglês);
- (iv) financiar o assessoramento sobre segurança e qualidade no fornecimento de serviços de saúde, por meio da Comissão Australiana de Segurança e Qualidade dos Serviços de Saúde (Comissão), financiada conjuntamente pelos governos

¹⁹*Australian Constitution*, s 51(ix).

²⁰ *Attorney-General (Vic); Ex rel Dale versus Commonwealth* (1945) 71 CLR 237.

²¹*Australian Constitution*, s 51(xxiiiA).

²²*Therapeutic Goods Act 1989* (Cth). Ver também AUSTRALIAN THERAPEUTIC GOODS ADMINISTRATION. *Regulation basics*. Disponível em: <<https://www.tga.gov.au/regulation-basics>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

²³*National Health Act 1953* (Cth). Disponível em: <<https://www.legislation.gov.au/Series/C1953A00095>>. See also AUSTRALIAN PARLIAMENT. *The pharmaceutical benefits scheme - an overview*. Disponível em: <https://www.aph.gov.au/About_Parliament/Parliamentary_Departments/Parliamentary_Library/Publications_Archive/archive/pbs>. Acesso em: 29 mar. 2019.

Federal e estaduais para fornecer assessoria, desenvolvida coordenadamente com os ministros da Saúde da Austrália, dos estados e dos territórios²⁴; e

- (v) prover seguro saúde universal para permitir acesso gratuito a hospitais e acesso subsidiado a médicos (*Medicare*)²⁵ o que será discutido abaixo.

A competência dos estados na saúde está relacionada principalmente à administração dos hospitais públicos, ao registro e à disciplina dos profissionais da saúde, ao controle dos sistemas de reclamações sobre os serviços de saúde, à guarda de crianças e adultos, à legislação na área de saúde mental, aos serviços para deficientes e à legislação de saúde pública.

III. Direito aos serviços de saúde

A atribuição de competência em relação ao direito à saúde é falha na Austrália. A constituição australiana contempla pouquíssimos direitos humanos e nenhum deles relacionado à saúde²⁶. Não existem direitos amplos para o acesso à saúde estabelecidos pela *common law* ou pela constituição. Em nível estadual e territorial, há somente duas jurisdições australianas com leis sobre direitos humanos, nomeadamente o Estado de Victoria e o Território da Capital, sendo que nenhum deles reconhece expressamente o direito aos serviços de saúde²⁷. Os governos federal, estaduais e territoriais têm promulgado leis antidiscriminação, mas nenhuma delas trata especificamente do acesso aos serviços de saúde.

O direito de receber assistência em saúde é previsto apenas no *Medicare*, sistema universal de seguro saúde, implantado a partir da Lei do Seguro de Saúde de 1973 (Cth), que garante que todos os australianos podem recorrer aos hospitais públicos para tratamento e que o governo também pagará por consultas médicas, cobrindo até 80% da tarifa prevista. Fora garantias gerais, o sistema não garante aos pacientes direitos que possam ser demandados judicialmente, o que significa que, se o sistema deixar de fornecer tratamento, não há nenhuma maneira de o paciente buscar o recurso judicial.

²⁴*National Health Reform Act 2011* (Cth). Disponível em: <<https://www.legislation.gov.au/Series/C2011A00009>>. Acesso em: 29 mar. 2019. See also AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTHCARE. *Governance*. Disponível em: <<https://www.safetyandquality.gov.au/about-us/governance/>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

²⁵*Health Insurance Act 1973*. See also MEDICARE. *About us*. Disponível em: <<https://www.humanservices.gov.au/organisations/about-us>>. Acesso em: 10 nov. 2018. A Austrália também está no processo de desenvolvimento do Regime Nacional de Seguro para Deficientes (NDIS, a sigla em inglês), que irá fornecer suporte financeiro a pessoas com deficiência: NATIONAL DISABILITY INSURANCE SCHEME. *About us*. Disponível em: <<https://www.ndis.gov.au/about-us.html>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

²⁶Por exemplo, a Constituição reconhece a liberdade de religião, a liberdade de ir e vir, o direito a um julgamento por júri: ss 116, 92, 120. Também está implícita a liberdade de comunicação política: *Nationwide News Pty Ltd v Wills* (1992) 177 CLR 1.

²⁷*Human Rights Act 2004* (ACT). Disponível em: <<https://www.legislation.act.gov.au/a/2004-5>>. Acesso em: 29 mar. 2019; *Charter of Human Rights and Responsibilities Act 2006* (Vic). Disponível em: <http://www5.austlii.edu.au/au/legis/vic/consol_act/cohrara2006433/>. Acesso em: 29 mar. 2019.

Além do *Medicare*, a Comissão criou uma Estatuto Australiano dos Direitos da Saúde²⁸ (Quadro), orientado por três princípios:

- (i) Todos têm o direito de conseguir acesso aos serviços de saúde e este direito é essencial para o Estatuto ter significado concreto.
- (ii) O governo australiano está comprometido com os acordos internacionais de direitos humanos que reconhecem o direito de todos a ter os mais altos padrões de saúde física e mental.
- (iii) A Austrália é uma sociedade composta por pessoas de diferentes culturas e estilos de vida e o Estatuto reconhece e respeita essas diferenças²⁹.

Quadro. Estatuto Australiano dos Direitos da Saúde

Direitos	O que significa
Acesso: Eu tenho direito à assistência em saúde.	Eu posso acessar serviços para atender as minhas necessidades de saúde.
Segurança: Eu tenho o direito de receber atendimento seguro e de alta qualidade.	Eu recebo um atendimento médico de alta qualidade, prestado com cuidado, habilidade e competência profissionais.
Respeito: Eu tenho o direito de ser tratado com respeito, dignidade e consideração.	O atendimento é feito com respeito a mim e a minha cultura, minhas crenças, meus valores e minhas características pessoais.
Informação: Eu tenho o direito de ser informado sobre os serviços, o tratamento, as opções e os custos de forma clara e aberta.	Eu recebo, em tempo hábil e de maneira que consiga entender, informações transparentes e adequadas sobre minha saúde.
Participação: Eu tenho o direito de ser incluído nas decisões e escolhas sobre meu atendimento.	Eu posso participar das decisões e escolhas relativas ao meu atendimento e ao planejamento dos serviços de saúde prestados.
Privacidade: Eu tenho direito à privacidade e à confidencialidade de minhas informações pessoais.	Minha privacidade pessoal é mantida e há garantia de que minha saúde e outras informações pessoais serão tratadas adequadamente.
Opinião: Eu tenho o direito de opinar sobre o meu atendimento e de ter minhas preocupações respondidas.	Eu posso opinar ou reclamar sobre meu atendimento e ter minhas preocupações discutidas apropriada e prontamente.

²⁸Recentemente, houve uma revisão do Estatuto, mas sem resultados divulgados até o momento em que este artigo foi escrito. AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTHCARE. *Australian Charter of healthcare rights*. Disponível em: <<https://www.safetyandquality.gov.au/national-priorities/charter-of-healthcare-rights/>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

²⁹Id. Ibid.

É importante enfatizar que o Estatuto não se fundamenta na legislação e, como tal, parece que ele não pretende outorgar nenhum direito **legalmente obrigatório** aos serviços de saúde. Esses direitos não têm sido absolutamente sujeitos a litígio na Austrália e é improvável que sejam judicializáveis³⁰. No entanto, é possível argumentar que o Estatuto faça parte do contrato com um prestador de serviços de saúde ou que seja pano de fundo normativo para entender a prestação de tais serviços.

Por exemplo, segundo a Regulação de Hospitais e Conselhos de Saúde de 2012 (Cth)³¹, os hospitais devem ter uma estratégia de envolvimento do consumidor e da comunidade que “leve em conta as estratégias, políticas, acordos e padrões nacionais e estaduais, relevantes para a consulta junto aos consumidores e membros da comunidade, sobre o atendimento médico que será fornecido pelo serviço.”

Os Estatuto australiano e de Queensland são exemplos de tais padrões nacionais. Em Queensland, o Regulamento da Ouvidoria de Saúde de 2014³² prevê o Estatuto como um documento vinculante de “conduta”³³. Os comitês de segurança e de qualidade também devem levar em conta padrões nacionais, como esses estatutos. Outro exemplo vem de Nova Gales do Sul, que tem a diretriz política PD2011_022 Seus Direitos e Responsabilidades de Saúde 2011. Essa norma incorpora o Estatuto Australiano e determina que “todos os profissionais fornecedores de serviços de saúde dentro do Ministério da Saúde de Nova Gales do Sul devem estar cientes dos direitos e responsabilidades informados descritos nesta publicação”³⁴.

IV. Lei Nacional Australiana de Regulação do Profissional de Saúde

Como mencionado, o registro e a disciplina dos profissionais de saúde têm sido tradicionalmente um assunto dos estados e territórios e o governo federal não tem poder específico para regular as profissões de saúde. Qualquer tentativa de criar um sistema de registro e disciplina para toda a Austrália seria possível somente se todos os estados e territórios trabalhassem juntos. Em 26 de março de 2008, o Conselho de Governos Australianos, órgão composto pelos ministros federais, estaduais e territoriais, concordou em criar um sistema único de registro, reclamações e disciplina conhecido como o Sistema Nacional de Registro e Acreditação dos Profissionais de Saúde. Esse sistema foi implantado por lei em Queensland e

³⁰AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTHCARE. *Using the Australian Charter of healthcare rights*. Disponível em: <<https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2014/07/Using-the-Charter-of-Healthcare-Rights-in-Your-Health-Service-v3.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

³¹*Hospital and Health Boards Regulation 2012* (Cth), r 13(1)(b).

³²*Health Ombudsman Regulation 2014*, ss 5. Disponível em: <<https://www.legislation.qld.gov.au/view/pdf/2014-07-01/sl-2014-0124>>. Acesso em: 29 mar. 2019.

³³*Health Ombudsman Regulation 2014*, r 32(a)(iv).

³⁴PD2011_022 *Your Health Rights and Responsibilities 2011*.

esperava-se que ocorresse o mesmo nas outras jurisdições australianas³⁵. No entanto, Nova Gales do Sul decidiu imediatamente pela adoção de um sistema diferente para lidar com reclamações e com a disciplina, descrito como “sistema de correção” e que será discutido adiante. Em 2013, Queensland também decidiu adotar o sistema de correção para reclamações e disciplina.

O principal propósito por trás do novo sistema está especificado na seção 3 da Lei Nacional:

- (a) fornecer proteção ao público, garantindo que sejam registrados somente profissionais de saúde adequadamente treinados e qualificados para exercer a profissão de uma maneira competente e ética;
- (b) facilitar a mobilidade da força de trabalho por toda a Austrália, mediante a redução da carga administrativa para os profissionais de saúde que desejarem mudar de jurisdição ou exercerem a profissão em mais de uma das jurisdições participantes;
- (c) facilitar a oferta de educação e treinamento de alta qualidade aos profissionais de saúde;
- (d) facilitar a rigorosa e adequada avaliação dos profissionais de saúde treinados no exterior;
- (e) propiciar o acesso aos serviços prestados pelos profissionais de saúde de acordo com o interesse público;
- (f) possibilitar, na Austrália, o desenvolvimento contínuo de uma força de trabalho em saúde que seja flexível, adequada e sustentável e possibilitar a inovação na educação dos profissionais de saúde e nos serviços prestados por eles.

Em Nova Gales do Sul, a Lei Nacional, além dos objetivos acima, também declara que “a proteção da saúde e segurança do público deve ser prioritária.”³⁶ A seção 3 também descreve os princípios que orientam a Lei Nacional, nomeadamente:

- (a) o sistema deverá funcionar de forma transparente, responsável, eficiente, efetiva e justa;
- (b) as tarifas a serem pagas no âmbito do sistema devem ser razoáveis, levando em conta sua operação eficiente e efetiva;

³⁵*Health Practitioner Regulation National Law (Qld) 2009; Health Practitioner Regulation National Law (NSW) No 86a 2009; Health Practitioner Regulation National Law (Victoria) Act 2009 (Vic); Health Practitioner Regulation National Law (ACT) Act 2010 (ACT); Health Practitioner Regulation (National Uniform Legislation) Act 2010 (NT); Health Practitioner Regulation National Law (Tasmania) Act 2010 (Tas); Health Practitioner Regulation National Law (South Australia) Act 2010 (SA); Health Practitioner Regulation National Law (WA) Act 2010 (WA).*

³⁶Lei Nacional, s 3A.

- (c) restrições à prática de uma profissão de saúde serão impostas no âmbito do sistema somente se forem necessárias para garantir que os serviços de saúde sejam fornecidos com segurança e qualidade apropriada.

Nove profissões de saúde foram inicialmente incluídas na Lei Nacional, mas outras foram adicionadas posteriormente, atingindo um total de 15 profissões registradas. Elas incluem títulos “protegidos”, conforme exposto na Tabela 1. Qualquer profissional de saúde que trabalhar com um desses títulos protegidos deve estar registrado de acordo com a Lei Nacional³⁷.

Tabela 1. Profissões de saúde australianas registradas e seus títulos protegidos³⁸

Profissão	Título(s) protegido(s)
Prática de Saúde Aborígine e dos Ilhéus do Estreito de Torres	<ul style="list-style-type: none"> • Profissional de saúde aborígine e ilhéu do Estreito de Torres • Profissional de saúde aborígine • Profissional de saúde ilhéu do Estreito de Torres
Medicina chinesa	<ul style="list-style-type: none"> • Especialista em medicina chinesa • Herbalista chinês • Especialista em medicina herbal chinesa • Especialista em medicina oriental • Acupunturista
Quiropraxia	<ul style="list-style-type: none"> • Quiroprata
Odontologia	<ul style="list-style-type: none"> • Odontologista • Terapeuta dental • Higienista dental • Protético dental • Terapeuta de saúde oral
Medicina	<ul style="list-style-type: none"> • Médico
Radioterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Profissional de radiologia médica • Especialista em radiologia diagnóstica • Técnico em imagens • Radiologista • Cientista de medicina nuclear • Técnico de medicina nuclear • Radioterapeuta
Enfermagem e Obstetrícia	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro • Enfermeiro registrado • Enfermeiro clínico • Auxiliar de enfermagem • Obstetiz • Obstetriz clínica

Continua

³⁷Lei Nacional, s 113. Ver WEIR, Michael. Holding out and protected titles – issues for non-registrant complementary and alternative health practitioners. *Journal of law and Medicine*, v. 25, n. 4, p. 1033-1041, Jul. 2018.

³⁸Adaptado da AHPRA. *What we do*. Disponível em: <<https://www.ahpra.gov.au/About-AHPRA/What-We-Do/FAQ.aspx>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

Continuação

Profissão	Título(s) protegidos(s)
Terapia Ocupacional	Terapeuta ocupacional
Optometria	Optometrista Óptico
Osteopatia	Osteopata
Paramedicina	Paramédico
Farmácia	Farmacêutico Químico farmacêutico
Fisioterapia	Fisioterapeuta Terapeuta físico
Podologia	Podólogo Quiropodista
Psicologia	Psicólogo

1. Agência Reguladora do Profissional de Saúde Australiano e estrutura da Lei Nacional

A Lei Nacional criou uma agência nacional para implementar e administrar suas normas denominada Agência Australiana de Regulação dos Profissionais de Saúde (AHPRA, da sigla em inglês), cujas funções incluem:

- estabelecer procedimentos para o desenvolvimento de padrões de acreditação, padrões de registro e códigos e orientações aprovadas pelos conselhos nacionais, com o fim de garantir que o sistema de registro e acreditação opere de acordo com as boas práticas regulatórias;
- manter um registro nacional atualizado e publicamente acessível de profissionais de saúde e de estudantes de cada profissão de saúde;
- manter uma lista atualizada e publicamente acessível de programas educacionais aprovados de cada profissão de saúde;
- estabelecer um procedimento eficiente para receber e lidar com notificações relativas a profissionais de saúde e estudantes.

Alguns dados atuais das atividades da AHPRA³⁹:

- 702.741 profissionais de saúde registrados na Austrália, de 15 profissões; um aumento em mais de 23.800 (3,5%) registrados em relação a 2016/ 2017;
- 73.759 novos requerimentos de registro recebidos;

³⁹AHPRA. *Annual Report 2018*. Disponível em: <<https://www.ahpra.gov.au/annualreport/2018/notifications.html>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

- 161.114 estudantes de profissões de saúde em programas educacionais ou de treinamento clínico aprovados;
- 99% dos registrados renovaram e realizaram seus registros on-line;
- 3.401 requerimentos de registro recusados por não cumprirem os requisitos de adequabilidade/ elegibilidade (4,6% de todos os novos requerimentos).

Como parte de suas funções, a AHPRA supervisiona 15 conselhos nacionais, um para cada profissão de saúde, com o objetivo principal de proteger o público. Os conselhos são responsáveis pelo credenciamento e registro dos profissionais e estudantes; pela criação de padrões profissionais, códigos e escopos de prática e (exceto em Nova Gales do Sul e Queensland); e pelo encaminhamento das reclamações e das questões disciplinares de seus membros. A AHPRA deve dar suporte a esse trabalho⁴⁰.

Cada conselho nacional também tem um conselho estadual ou territorial – com nomenclatura diferente em Nova Gales do Sul, que utiliza *Council* ao invés de *Board*, como no órgão nacional e nos outros estados. Estes conselhos estaduais e territoriais tomam decisões de registro e notificação individuais, com base nas normas e nos padrões do respectivo conselho nacional. Os conselhos estaduais e territoriais normalmente delegam outras responsabilidades a subcomitês especializados, entre eles subcomitês de registro, de avaliação de notificações, de saúde, de desempenho e de padrões profissionais. Também existem comitês que decidem sobre a tomada de ação imediata.

2. Reclamações sobre serviços de saúde e notificações no âmbito da Lei Nacional

Antes da promulgação da Lei Nacional, cada estado e território tinha um sistema estabelecido para reclamações sobre serviços de saúde, que eram direcionadas a uma comissão com a atribuição de receber, avaliar, investigar, relatar, encaminhar e conciliar as reclamações dos consumidores⁴¹. Esses órgãos continuam existindo e foram incorporados à Lei Nacional.

A definição de “serviço de saúde” nessas jurisdições costuma ser muito ampla e incluir serviços fornecidos por profissionais registrados e prestadores de serviços não registrados. Por exemplo, na Lei de Reclamações sobre Serviços de Saúde de 1993, de Nova Gales do Sul, em sua seção 3, afirma que o serviço de saúde é definido

⁴⁰Lei Nacional, s 35.

⁴¹*Human Rights Commission Act 2005 (ACT); Health Care Complaints Act 1993 (NSW); Health and Community Services Complaints Act 1998 (NT); Health Quality and Complaints Commission Act 2006 (Qld); Health and Community Services Complaints Act 2004 (SA); Health Complaints Act 1995 (Tas); Health Services (Conciliation and Review) Act 1987 (Vic); Health and Disability Services (Complaints) Act 1995 (WA).*

como aquele que inclui a prática de todas as profissões de saúde registradas, descritas acima, como também outros prestadores de serviços de saúde complementares e alternativos que não são regulados pela Lei Nacional. Reclamações também podem ser feitas contra instituições públicas e privadas de prestação de serviços⁴². Essas reclamações podem ser feitas por qualquer consumidor de um serviço de saúde (ou por seus representantes). Em algumas jurisdições, como em Nova Gales do Sul, qualquer pessoa pode fazer uma reclamação a respeito de um serviço de saúde, mesmo que não seja o paciente/ beneficiário desse serviço⁴³.

Em todas as jurisdições, a legislação permite a investigação das reclamações, e são tomadas providências para que pessoas designadas como conciliadores façam a mediação dessas queixas. O processo de conciliação é confidencial, portanto, nada que seja revelado durante o processo pode ser usado em corte ou tribunal. Os conciliadores elaboram relatórios com o resultado do processo de conciliação. Se não houver acordo entre as partes, o conciliador pode recomendar que a reclamação seja investigada ou encaminhada a um conselho, caso seja relativa a um profissional de saúde registrado.

Na Lei Nacional, as reclamações contra profissionais de saúde registrados são denominadas “notificações voluntárias”⁴⁴. Elas podem tratar da conduta, saúde ou desempenho de um profissional de saúde nos seguintes casos:

- (a) a conduta do profissional tem ou pode ter padrão inferior ao que pode ser razoavelmente esperado dele pelo público ou por seus pares;
- (b) o conhecimento, a habilidade ou o discernimento do profissional ou o atendimento dispensado por ele está ou pode estar abaixo do padrão razoável esperado;
- (c) o profissional não está ou pode não estar apto a ter registro da profissão de saúde;
- (d) o profissional tem ou pode ter um impedimento;
- (e) o profissional transgrediu ou pode ter transgredido esta Lei;
- (f) o profissional transgrediu ou pode ter transgredido uma condição de seu registro ou um compromisso assumido por ele perante um conselho nacional;
- (g) o registro do profissional foi ou pode ter sido obtido indevidamente porque o profissional ou outra pessoa deu ao conselho nacional informação ou documento falsos ou enganosos em um item relevante⁴⁵.

⁴²*Health and Disability Services (Complaints) Act 1995 (WA)*.

⁴³*Ver Australian Vaccination Network Inc versus Health Care Complaints Commission* [2012] NSWSC 11 que provocou as mudanças na legislação de Nova Gales do Sul.

⁴⁴Lei Nacional, s 144.

⁴⁵Lei Nacional, s 144.

Notificações voluntárias também podem ser feitas contra estudantes nos seguintes casos:

- (a) o estudante foi acusado de uma infração ou foi condenado ou considerado culpado de uma infração punível com 12 meses de prisão ou mais;
- (b) o estudante tem ou pode ter um impedimento;
- (c) o estudante transgrediu ou pode ter transgredido alguma condição de seu registro ou um compromisso assumido por ele perante um conselho nacional.

Em Nova Gales do Sul, os fundamentos para uma notificação voluntária são diferentes dos outros sistemas. Sob a seção 144 da Lei de Nova Gales do Sul, a notificação pode ser feita quando há:

- (a) Uma reclamação de que o profissional, nesta ou outra jurisdição, foi condenado ou acusado de uma infração criminal.
- (b) Uma reclamação de que o profissional foi considerado culpado de conduta profissional insatisfatória ou má conduta.
- (c) Uma reclamação de que o profissional não é competente para praticar sua profissão.
- (d) Uma reclamação de que o profissional tem um impedimento.
- (e) Uma reclamação de que o profissional é uma pessoa inadequada, por qualquer outro motivo, para ter um registro em sua profissão.

2.1. Autonotificação

Os profissionais devem notificar seu conselho nacional, em até sete dias após:

- (i) ser acusado, em uma jurisdição participante ou em outro local, de uma infração punível com 12 meses de prisão ou mais;
- (ii) ser condenado ou considerado culpado de uma infração, em uma jurisdição participante ou em outro local, punível com prisão;
- (iii) não haver mais um seguro de responsabilidade civil profissional apropriado ao exercício de sua profissão;
- (iv) o direito do profissional de exercer sua profissão em um hospital ou outro local onde serviços de saúde são fornecidos ter sido retirado ou restringido devido à conduta, ao desempenho ou à saúde do profissional;
- (v) a permissão para o profissional fazer cobranças ter sido retirada ou restringida sob a Lei de *Medicare* da Austrália de 1973, da

Comunidade da Austrália, devido à conduta, ao desempenho ou à saúde do profissional; ou

- (vi) a autoridade do profissional, no âmbito de uma lei estadual ou territorial, para administrar, obter, possuir, prescrever, vender, fornecer ou usar um medicamento sob prescrição ou categoria de medicamentos sob prescrição, ter sido cancelada ou restringida;
- (vii) uma reclamação contra o profissional ser feita a uma entidade referida na seção 219(1)(a) a (e) [que são autoridades da Comunidade com funções relativas ao fornecimento de serviços de saúde];
- (viii) o registro do profissional sob a lei de outro país que fornece o registro de profissionais de saúde estar suspenso ou cancelado ou sujeito a uma condição ou outra restrição [...] ⁴⁶

Estudantes também devem fazer a autonotificação quando:

- (i) for acusado de uma infração punível com 12 meses de prisão ou mais; ou
- (ii) for condenado ou considerado culpado de uma infração punível com prisão; ou
- (iii) tiver o registro, regido sob lei de outro país, suspenso ou cancelado.

Um exemplo da falha em autonotificar é o caso Comissão de Reclamações sobre Assistência Médica *versus* Haasbroek⁴⁷. Neste caso, um médico foi considerado culpado de má conduta profissional por não notificar o conselho médico sobre sua condenação por agressão, ocasionando dano físico real.

2.2. Notificações obrigatórias

A Lei Nacional⁴⁸ também define notificações obrigatórias impostas aos profissionais de saúde. Os profissionais devem relatar qualquer “conduta notificável” de outros profissionais de saúde registrados, bem como qualquer conduta de estudante que possam colocar o público em “risco substancial de danos”⁴⁹. “Conduta notificável” acontece quando um profissional:

- (a) praticou sua profissão sob o efeito de álcool ou drogas;
- (b) envolveu-se em má conduta sexual relacionada à prática de sua profissão;

⁴⁶Lei Nacional, s 130.

⁴⁷2018] NSWCATOD 177. Casos similares incluem *Dental Board of Australia and Dhillon* [2018] WASAT 107; *Medical Board of Australia versus Hung Phan (Review and Regulation)* [2018] VCAT 1324; *HCCC versus Grentell* [2010] NSWNMT 27.

⁴⁸Lei Nacional, s 141.

⁴⁹MEDICAL BOARD OF AUSTRALIA. *Guidelines for mandatory notifications*. Disponível em: <<https://www.medicalboard.gov.au/Codes-Guidelines-Policies/Guidelines-for-mandatory-notifications.aspx>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

- (c) colocou o público em risco de dano grave durante o exercício da profissão por ter um impedimento; ou
- (d) colocou o público em risco de dano por ter exercido sua profissão, afastando-se consideravelmente dos padrões profissionais aceitos⁵⁰.

Há exceções feitas a profissionais que trabalham para seguradoras de responsabilidade civil profissional, como profissionais do direito, para membros de comitês de garantia da qualidade ou para profissionais que sejam protegidos sob confidencialidade devido a alguma outra restrição legal⁵¹.

Entre 2017 e 2018, a AHPRA recebeu 908 notificações obrigatórias⁵², o que representou um aumento de 7,2% em comparação com os dois anos anteriores. A esmagadora maioria das notificações (79%) refere-se a profissionais médicos e de enfermagem. Quase metade das notificações (45%) resultou em algum tipo de ação tomada contra os profissionais.

As normas para notificações obrigatórias têm causado considerável controvérsia. Um dos argumentos contrários afirma que o requisito de notificação obrigatória é inadequado para tratar aqueles profissionais com problemas de saúde, pois os desestimularia a procurar ajuda, resultando em um risco maior para o público⁵³. O Estado da Austrália Ocidental modificou a exigência de notificação de forma a isentar profissionais de saúde, que prestam assistência médica a outros profissionais da área e a estudantes, de notificar esses casos⁵⁴. Queensland também alterou a exigência de notificação obrigatória e agora não é mais preciso que o profissional de saúde notifique as autoridades sobre outro profissional que o procura para tratamento, quando se trata de algo relacionado a “uma deficiência que não coloque o público em risco substancial de dano”, o que não constitui má conduta profissional⁵⁵.

Atualmente, a AHPRA está considerando uma mudança uniforme na Lei Nacional, no sentido de dar isenção para tratamento dos profissionais de saúde em toda a Austrália⁵⁶. Foram propostas quatro opções de alterações (Diagrama), destas, a alternativa 3 ainda não foi legalizada. Assim, tem-se a opção 1, que representa a lei como ela é atualmente em todas as jurisdições, exceto em Queensland e na Austrália

⁵⁰Lei Nacional, s 140.

⁵¹Lei Nacional, s 141.

⁵²AHPRA. *Annual Report 2018*, cit.

⁵³KOMESAROFF, Paul. Mandatory reporting of impaired doctors: protecting the community or increasing the risk? *Internal Medicine Journal*, Sydney, v. 44, n. 12a, p.1154-1155, Dec. 2014. <https://doi.org/10.1111/imj.12617>; BISMARCK, M.M.; MORRIS, J.M.; CLARKE, C. Mandatory reporting of impaired medical practitioners: protecting patients, supporting practitioners. *Internal Medicine Journal*, Sydney, v. 44, n. 12a, p.1165-1169, Dec. 2014; GOIRAN, Nick, KAY, Margaret, NASH, Louise; HAYSOM, Georgie. Mandatory reporting of health professionals: The case for a Western Australian style exemption for all Australian practitioners. *Journal of Law and Medicine*, Melbourne, v. 22, n. 1, p. 209, Sept. 2014.

⁵⁴National Law (WA) Act 2010 (WA), s 141(4)(da).


⁵⁵National Law (Queensland), s 144(5).

⁵⁶AHPRA. *Mandatory reporting under the Health Practitioner Regulation National Law 2017*. Disponível em: <<https://www.health.nsw.gov.au/legislation/Documents/dp-mandatory-reporting-hprnl.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

Ocidental; a opção 2, que representa a lei na Austrália Ocidental; e a opção 4, que está mais próxima da postura de Queensland.

Quando este artigo foi escrito, o Conselho dos Governos Australianos tinha concordado em reformar a lei, mas ainda não tinha anunciado qual opção seria adotada⁵⁷.

Diagrama. Opções de reforma para as notificações obrigatórias da AHPRA⁵⁸

Opção 1 Deficiência Notificação obrigatória da deficiência Outras formas de conduta notificável Notificação obrigatória de outras formas de conduta notificável	Opção 3 Deficiência Notificação não obrigatória de deficiência, a menos que represente um risco atual ou futuro de dano significativo Outras formas de conduta notificável Notificação obrigatória de outras formas de conduta notificável	Opção 4 Deficiência Notificação não obrigatória de deficiência Outras formas de conduta notificável Notificação não obrigatória de outras formas de conduta notificável, a menos que estejam ocorrendo ou que haja risco de recorrência futura.	Opção 2 Deficiência Notificação não obrigatória de deficiência Outras formas de conduta notificável Notificação não obrigatória de outras formas de conduta notificável
Abordagem da atual Lei Nacional (não há isenção de notificações obrigatórias para profissionais em tratamento)	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <div>Inserção restrita de notificação obrigatória</div> <div style="flex-grow: 1; text-align: center;">  </div> <div>Inserção mais ampla de notificação obrigatória</div> </div>		
Efeito da opção 1 Não se faz nenhuma distinção entre deficiência ou qualquer outra conduta notificável. Deficiência, exercício da profissão sob efeito de drogas ou álcool, abuso sexual e desempenho aquém dos padrões estão sujeitos a notificação se ocorridos anteriormente. Risco futuro de conduta notificável pode também sujeitar a uma obrigação profissional ou ética de notificar voluntariamente.	Efeito da opção 3 Deficiência não está sujeita a notificação obrigatória, a menos que represente um risco atual ou futuro de dano significativo. Deficiência anterior também pode estar sujeita a uma obrigação profissional ou ética de notificar voluntariamente. Exercício da profissão sob o efeito de drogas ou álcool, abuso sexual, desempenho aquém dos padrões permanecem sujeitos a notificação obrigatória se ocorridos anteriormente.	Efeito da opção 4 Deficiência não está sujeita a notificação obrigatória. Isto inclui deficiência anterior ou atual e também o risco de deficiência futura. Exercício da profissão sob o efeito de drogas ou álcool, abuso sexual, desempenho significativamente aquém dos padrões profissionais aceitos não estão sujeitos a notificação obrigatória, a menos que estejam ocorrendo ou haja risco de ocorrerem no futuro. Qualquer conduta notificável pode também estar sujeita a uma obrigação profissional ou ética de notificação voluntária.	Efeito da opção 2 Exercício da profissão sob o efeito de drogas ou álcool, abuso sexual, deficiência e desempenho significativamente aquém dos padrões profissionais aceitos não estão sujeitos a notificação obrigatória. Isto inclui conduta anterior ou atual e também o risco de esta conduta ocorrer no futuro. No entanto, qualquer conduta notificável pode ainda estar sujeita a uma obrigação profissional ou ética de notificar voluntariamente.

⁵⁷AHPRA. *Mandatory reporting under the Health Practitioner Regulation National Law 2017*, cit.

⁵⁸Id. Ibid.

3. Processamento de reclamações e notificações

As reclamações podem ser submetidas à AHPRA, a um conselho nacional, a um conselho estadual ou territorial ou a um órgão de reclamações sobre serviços de saúde. De acordo com a seção 150 da Lei Nacional, os conselhos nacionais devem informar os organismos que lidam com tais reclamações sobre quaisquer notificações recebidas pela AHPRA, que também pode fornecer evidências para uma reclamação. Reciprocamente, se uma reclamação sobre um profissional de saúde for submetida a uma dessas entidades, elas devem notificar o conselho nacional pertinente e fornecer informações que tenham a respeito da queixa (exceto em Nova Gales do Sul e Queensland, o que será discutido adiante).

Em todas as jurisdições (exceto Nova Gales do Sul e Queensland), a AHPRA tem a obrigação de encaminhar as notificações ao conselho nacional pertinente assim que as recebe⁵⁹. O conselho nacional tem então 60 dias para realizar uma avaliação preliminar da notificação (Lei Nacional, seção 149). Depois disso, o conselho nacional pode:

- tomar medidas imediatas sobre o registro do profissional ou estudante;
- investigar a notificação;
- requerer imediata avaliação da saúde do profissional ou do estudante, ou avaliação do desempenho do profissional;
- encaminhar o assunto para audiência em painel de saúde ou desempenho;
- encaminhar o assunto para audiência em tribunal;
- emitir uma advertência;
- aceitar um acordo de compromisso;
- impor condições; e/ ou
- não tomar ação alguma.

Durante a avaliação e a investigação de uma notificação, um conselho nacional pode tomar a decisão de suspender o processo se outras conclusões estiverem pendentes, como investigações forenses ou acusações criminais.

Abaixo estão as estatísticas das atividades da AHPRA relativas a notificações em 2017/ 2018⁶⁰:

- 10.934 profissionais foram alvos de notificações realizadas no âmbito nacional, um aumento de 3,7% em relação a 2016/ 2017;

⁵⁹Lei Nacional, s 148

⁶⁰AHPRA. *Annual Report 2018*, cit.

- 1,6% de todos os profissionais de saúde registrados foram alvos de uma notificação;
- as três principais razões para notificações foram: atendimento clínico (41,0%); questões relacionadas a medicação (12,6%); e debilitação da saúde (8,9%);
- em 413 vezes foram tomadas ações imediatas para restringir ou suspender registros profissionais;
- foram recebidas 7.276 notificações sobre profissionais; 5,5% de aumento em notificações recebidas pela agência;
- 24,5% dos temas relacionadas à saúde, ao desempenho e à conduta profissional resultaram em ações regulatórias;
- 97,0% das questões decididas nacionalmente pelos tribunais resultaram em ações regulatórias;
- houve um aumento de 7,2% nas notificações obrigatórias recebidas pela agência.

A Tabela 2 mostra um detalhamento completo, por jurisdição, do número de reclamações.

4. Ação imediata

Como exposto, um conselho nacional pode decidir por uma imediata após a avaliação inicial de uma notificação, ou após uma investigação, via um comitê de ação imediata. Em 2017/ 2018, os conselhos nacionais tomaram ações imediatas em 413 ocasiões – 29,4% (320) a mais do que em 2016/2017⁶¹. A proporção de notificações que precederam uma ação imediata foi de 5,7% do total, relativamente consistente com anos anteriores (4,6% em 2016/ 2017 e 6,2% em 2015/ 2016)⁶².

A seção 156 da Lei Nacional determina que um conselho pode tomar uma ação imediata contra um profissional se:

- (a) o conselho nacional razoavelmente acredita que:
 - (i) devido à conduta, ao desempenho ou à saúde do profissional de saúde registrado, ele representa um grave risco para as pessoas; e
 - (ii) é necessário tomar uma ação imediata para proteger a saúde e a segurança do público; ou
- (b) o conselho nacional razoavelmente acredita que:

⁶¹AHPRA. *Annual Report 2018*, cit.

⁶²Id. *Ibid*.

- (i) o estudante representa um grave risco às pessoas porque ele
- (A) foi acusado de uma infração, ou foi condenado ou considerado culpado por uma infração punível com 12 meses de prisão ou mais; ou
- (B) tem ou pode ter algum impedimento; ou de reclamações.
- (C) transgrediu ou pode ter transgredido uma condição do seu registro ou um compromisso assumido por ele perante um conselho nacional;
- (ii) seja necessário tomar uma ação imediata para proteger a segurança e a saúde do público;
- (c) o registro do profissional foi ou pode ter sido obtido indevidamente porque o profissional ou outra pessoa deu ao conselho nacional informação ou documento falso ou enganoso em um item relevante;
- (d) o registro do profissional de saúde registrado ou estudante foi cancelado ou suspenso sob a lei de alguma jurisdição, na Austrália ou qualquer outro lugar, que não seja uma jurisdição participante; ou
- (e) o conselho nacional razoavelmente acredita que a ação é de interesse público⁶³.

A seção 155 define “ação imediata” como:

- (a) suspensão do registro ou imposição de uma condição para o profissional de saúde ou estudante manter o registro;
- (b) aceitar um compromisso do profissional de saúde ou do estudante; ou
- (c) aceitar a renúncia ao registro do profissional de saúde ou do estudante.

Se um conselho propuser ação imediata, deve enviar um aviso ao profissional e convidá-lo a se apresentar⁶⁴. Em *Eaton versus Conselho Odontológico da Austrália*, a falha em garantir uma oportunidade razoável a um médico de comparecer a uma reunião sobre uma ação imediata foi considerada injustiça processual e a decisão foi anulada⁶⁵.

O critério do interesse público presente na seção 156(e) foi adicionado recentemente à Lei Nacional, depois de ter vigorado em Nova Gales do Sul por 10 anos. Esse critério permite ao comitê de ação imediata suspender o profissional ou lhe impor uma condição por comportamentos que podem não estar relacionados a sua conduta profissional, mas que gerem preocupação sobre sua habilidade de

⁶³Ver também *National law (New South Wales)*, s 150.

⁶⁴Lei Nacional, s 157.

⁶⁵[2012] VSC 510.

Tabela 2. Notificações recebidas em 2017/ 2018, por profissão e estado ou território

Profissão	Lei AHPRA ¹	AHPRA NSW ²	AHPRA NT	AHPRA QLD ³	AHPRA AM	AHPRA TAS	AHPRA VIC	AHPRA WA	AHPRA Não há LPP ⁴	AHPRA Subtotal 2017/ 2018	HPCA ⁵	Total 2017/ 2018	Total 2016/ 2017 ⁶
Profissional de saúde aborígene e ilhéu do Estreito de Torres			2		1			1		4		4	7
Especialista em medicina chinesa			1	16	2		18	6		43	31	74	61
Quiroprata		2	1	28	6	2	35	16	1	91	45	136	171
Odontologista	16	12	3	199	54	18	171	65	1	539	425	964	929
Médico	121	63	69	1.094	501	124	1.203	544	30	3.749	2.599	6.348	5.913
Profissional de radiologia médica	2			4	2	1	9	5	1	24	12	36	52
Obstetriz	3	1	2	31	6	2	13	11	3	72	34	106	113
Enfermeiro	40	9	48	442	307	67	473	185	41	1.612	707	2.319	2.210
Terapeuta ocupacional			1	11	5	1	13	3		34	25	59	53
Optometrista	2	2		12	2	1	10	4	2	35	28	63	60
Osteopata	1			2			13	1		17	15	32	25
Farmacêutico	2	5	3	127	33	17	204	46	14	451	312	763	645
Fisioterapeuta	5	2	4	24	17	1	32	13		98	54	152	121
Podólogo	1	3		17	3	2	24	9	2	61	27	88	61
Psicólogo	16	12	13	69	53	15	195	63	1	437	296	733	584
Não identificado ⁷				3			1		5	9		9	4
Total 2017/ 2018	209	111	147	2.079	992	251	2.414	972	101	7.276	4.610	11.886	11.009
Total 2016/ 2017	242	96	169	2.046	800	329	2.230	900	86	6.898	4.111		

Legendas: AHPRA - Agência Australiana de Regulação dos Profissionais de Saúde; NSW - Nova Gales do Sul; NT - Território do Norte; QLD - Queensland; TAS - Tasmânia; VIC - Vitória; WA - Austrália Ocidental; LPP - local principal de prática; HPCA - Autoridade do Conselho de Profissões de Saúde.

Notas: (1) Baseado no estado ou território do principal local de prática do profissional. (2) Caso conduzido pela AHPRA em que o fato ocorreu fora de Nova Gales do Sul. (3) Baseado no número de casos encaminhados pelo Ombudsman da Saúde à AHPRA e aos conselhos nacionais. (4) Não há local principal de prática, inclui profissionais com endereço no exterior ou endereço desconhecido. (5) Casos recebidos e conduzidos pela HPCA em NSW. (6) O total de 2016/ 2017 inclui casos conduzidos pela HPCA. (7) A profissão do registrado não é sempre identificável nos primeiros estágios de uma notificação.

exercê-la. Por exemplo, em *Farshchi versus Conselho de Quiropraxia da Austrália (Análise e Regulação)*⁶⁶, um profissional que estava registrado em três profissões (médico, quiroprata e especialista em medicina chinesa) foi acusado de uma série de infrações muito graves relacionadas a trabalhos forçados (escravidão). Um comitê de ação imediata achou necessário impor uma forte monitoração do trabalho de Farshchi. Na apelação ao Tribunal Civil e Administrativo de Victoria, a corte manteve a restrição com base no interesse público, pois as alegações concerniam a mau uso de poder sobre pessoas vulneráveis (o que pode afetar negativamente a percepção pública da profissão), embora o assunto não tivesse conexão com a prática médica de Farshchi.

5. Conclusões adversas: desempenho profissional insatisfatório, conduta profissional insatisfatória e má conduta profissional

A abordagem da Lei Nacional em todas as jurisdições (exceto em Nova Gales do Sul) tem sido a de descrever três formas de conduta que podem levar a sanções disciplinares: desempenho profissional insatisfatório, conduta profissional insatisfatória e má conduta profissional. A seção 3 da Lei Nacional define desempenho profissional insatisfatório quando

[...] o conhecimento, habilidade ou capacidade de discernimento ou o cuidado exercido pelo profissional na prática da profissão de saúde na qual ele está registrado está aquém do padrão razoável esperado de um profissional de nível equivalente em treinamento ou experiência.

A seção 3 da Lei Nacional define conduta profissional insatisfatória como:

[...] conduta profissional de padrão inferior daquela que poderia ser razoavelmente esperada de um profissional de saúde por parte do público ou por seus pares, incluindo:

- (a) violação desta lei pelo profissional, tenha ou não sido processado ou condenado por infração em relação à transgressão;
- (b) violação pelo profissional a
 - (i) uma condição à qual o registro do profissional estava sujeito; ou
 - (ii) um compromisso assumido pelo profissional perante o conselho nacional responsável por seu registro;
- (c) condenação do profissional por uma infração de outra lei cuja natureza puder afetar a idoneidade do profissional para continuar praticando a profissão;

⁶⁶[2018] VCAT 1618.

- (d) prestação de serviços de saúde excessivos, desnecessários ou que não sejam razoavelmente necessários para o bem-estar da pessoa;
- (e) influenciar ou tentar influenciar a conduta de outro profissional de saúde registrado, de tal maneira que possa vir a comprometer o atendimento ao paciente;
- (f) aceitar um benefício como incentivo, consideração ou recompensa por encaminhar uma pessoa a outro prestador de serviço de saúde, ou recomendar uma pessoa que use ou consulte outro prestador de serviço de saúde;
- (g) oferecer ou dar a uma pessoa um benefício, consideração ou recompensa em retribuição por ter encaminhado uma pessoa ao profissional ou tê-la recomendado a outra pessoa que use um serviço prestado pelo profissional; e
- (h) encaminhar ou recomendar a uma pessoa que consulte outro prestador de serviço de saúde ou comerciante de produto de saúde, com interesse pecuniário, a menos que o profissional revele a natureza de tal interesse à pessoa antes ou no momento de encaminhar ou fazer a recomendação.

Finalmente, a seção 3 define má conduta profissional como:

- (a) conduta profissional imprópria por parte do profissional correspondendo a uma conduta que está substancialmente aquém do padrão razoavelmente esperado de um profissional de saúde registrado de nível equivalente de treinamento ou experiência;
- (b) mais de uma instância de conduta profissional imprópria que quando consideradas juntas representam conduta substancialmente aquém dos padrões razoavelmente esperados de um profissional de saúde registrado de um nível equivalente de treinamento ou experiência; e
- (c) conduta do profissional, ocorrida em relação à prática de sua profissão ou não, que for inconsistente com a conduta de um profissional idôneo para possuir registro da profissão.

Como dito, Nova Gales do Sul adota diferentes termos e definições, mais específicos do que os contidos nas outras jurisdições. Tais definições estavam em uso em Nova Gales do Sul antes da introdução da Lei Nacional e os legisladores acreditaram que eram mais efetivas do que as especificadas nos projetos da Lei Nacional⁶⁷. A seção 153 da Lei Nacional de Regulação do Profissional de Saúde, de Nova Gales do Sul, de 2009 define desempenho insatisfatório como “abaixo do padrão razoavelmente esperado de um profissional de um nível equivalente de treinamento ou experiência”. A seção 139B define conduta profissional insatisfatória como aquela que inclui exemplos específicos:

⁶⁷PARLIAMENT OF NEW SOUTH WALES. Hansard for the *Health Practitioner Regulation Bill 2009* - - 1R 2R - NSW Parliament Health Practitioner Regulation Bill - Ms CARMEL TEBBUTT (Marrickville—Deputy Premier, and Minister for Health) 28 October 2009.

(a) Conduta significativamente aquém do padrão razoável

Conduta que demonstra que o conhecimento, a habilidade ou capacidade de discernimento do profissional ou o cuidado fornecido por ele no exercício de sua profissão estão significativamente aquém do padrão razoavelmente esperado de um profissional de nível e treinamento equivalentes.

(b) Violação desta lei ou regulações

O não cumprimento pelo profissional (seja por ação, seja por omissão) de uma provisão desta lei ou de regulações no âmbito desta lei ou sob as regulações de Nova Gales do Sul, independentemente de o profissional ter sido ou não processado ou condenado por uma infração a respeito da contravenção.

(c) Violação de condições de registro ou de um compromisso assumido

O não cumprimento pelo profissional (seja por ação, seja por omissão) de:

- (i) uma condição à qual o registro do profissional estiver sujeito; ou
- (ii) um compromisso assumido perante um conselho nacional.

(d) Não cumprimento de uma decisão ou ordem de um comitê ou tribunal

O não cumprimento pelo profissional (seja por ação, seja por omissão) de uma decisão ou ordem emitida por um comitê ou tribunal em relação ao profissional.

(e) Violação de um requisito da Lei de Reclamações sobre Serviços de Saúde de 1993

Infração a seção 34A(4) desta lei.

(f) Aceitar benefício por encaminhamento ou recomendação a um prestador de serviço de saúde

Aceitar de um prestador de serviços de saúde (ou de outra pessoa em nome do prestador de serviço de saúde) benefício como incentivo, consideração ou recompensa por:

- (i) encaminhar outra pessoa ao prestador de serviço de saúde; ou
- (ii) recomendar a outra pessoa o uso de qualquer serviço do prestador ou a consulta ao prestador em relação a um assunto de saúde.

(g) Aceitar um benefício por recomendação de um produto para promoção da saúde

Aceitar de uma pessoa que fornece um produto de saúde (ou de outra pessoa em nome do fornecedor) um benefício como incentivo, consideração ou recompensa por recomendar que outra pessoa use o produto.

Não inclui aceitar um benefício que consisti em uma conduta ordinária de varejo.

(h) Oferecer um benefício por um encaminhamento ou recomendação

Oferecer ou dar a uma pessoa um benefício como incentivo, consideração ou recompensa por esta pessoa:

- (i) encaminhar outra pessoa ao profissional de saúde registrado; ou
- (ii) recomendar a outra pessoa que use um serviço de saúde prestado pelo profissional ou que consulte o profissional em relação a um assunto de saúde.
- (i) Falha em informar um interesse pecuniário ao dar um encaminhamento ou recomendação**

Encaminhar uma pessoa ou recomendar que a pessoa use ou consulte:

- (i) outro prestador de serviço de saúde; ou
 - (ii) um serviço de saúde; ou
 - (iii) um produto para promoção da saúde;
- se o profissional tiver um interesse pecuniário em dar tal encaminhamento ou recomendação, a menos que o profissional revele a natureza do interesse à pessoa antes ou no momento de dar o encaminhamento ou a recomendação.

(j) Engajar-se em serviço desnecessário ou excessivo

(k) Supervisão de assistentes

Permitir que um assistente empregado pelo profissional (em conexão com sua prática), que não seja um profissional de saúde registrado, atenda, trate ou realize cirurgias em situações que requerem critério ou habilidade profissional.

(l) Outras condutas impróprias ou antiéticas

Qualquer outra conduta imprópria ou antiética relativa à prática do profissional. (Destaques no original)

Finalmente, a seção 139E define que a má conduta profissional significa:

- (a) conduta profissional insatisfatória de natureza suficientemente grave para justificar a suspensão ou o cancelamento do registro do profissional;
- (b) mais de uma instância de conduta profissional insatisfatória, quando, considerando as instâncias em conjunto, resultam em conduta suficientemente grave para justificar a suspensão ou o cancelamento do registro do profissional.

6. “Corregulação” em Nova Gales do Sul e Queensland

Ao contrário de todos os outros estados e territórios, Nova Gales do Sul e Queensland promulgaram uma versão diferente da Lei Nacional, conhecida como “modelo corregulatório”. Neste modelo, a AHPRA não deve lidar com notificações e sim encaminhar todas elas à Autoridade do Conselho de Profissões

de Saúde (HPCA) ou ao *Ombusdman* da Saúde de Queensland. Esses órgãos trabalham com os diversos conselhos profissionais e outros para discutir como proceder em cada reclamação.

Em Nova Gales do Sul, todas as reclamações são processadas pela HPCA. Se a reclamação for muito grave, ela é enviada ao conselho profissional pertinente para determinar qual ação imediata e quais ordens provisórias podem ser tomadas para proteger a segurança da população e o interesse público. Se uma ação imediata não for necessária (ou se tal ação já foi tomada), a Comissão de Reclamações de Serviços de Saúde de Nova Gales do Sul e os conselhos profissionais consultam-se sobre qual é o tratamento apropriado a ser dado à reclamação. Casos menos graves que não precisem de uma investigação completa são resolvidos pelo conselho pertinente, que encaminha a reclamação a um comitê de conduta, de saúde ou de desempenho, que, por sua vez, irá investigar e poderá impor condições à prática do profissional; casos que resultem ser mais graves do que previamente avaliado podem ser devolvidos à Comissão de Reclamações de Serviços de Saúde. Nos casos de questões graves de saúde pública, questões significativas relativas a atendimento ou tratamento adequado, de possível negligência grave ou bases para procedimentos disciplinares, a Comissão de Reclamações de Serviços de Saúde de Nova Gales do Sul pode investigar a reclamação inicialmente e encaminhá-la ao diretor de Procedimentos, que determina se e aonde o processo deve prosseguir.

Em Nova Gales do Sul, reclamações sobre conduta profissional insatisfatória são normalmente ouvidas por um comitê de padrões profissionais. O Tribunal de Reclamações de Serviços de Saúde irá processar reclamações mais graves sobre má conduta profissional perante o Tribunal Civil e Administrativo de Nova Gales do Sul. Apenas se a fundamentação for limitada a erro jurídico cometido pelo tribunal, as decisões do Tribunal Civil e Administrativo são objeto de apelação perante a Suprema Corte de Nova Gales do Sul.

Em Queensland, o processo é muito similar ao de Nova Gales do Sul. O *Ombusdman* da Saúde recebe todas as reclamações e, normalmente em um prazo de até 30 dias, determina se será feita uma tentativa de facilitar uma resolução local ou conciliação; se a reclamação será encaminhada ao conselho profissional de saúde pertinente; se tomará ação imediata contra o profissional; se o assunto será investigado para posterior acusação; ou se nenhuma ação será tomada⁶⁸.

⁶⁸OFFICE OF THE HEALTH OMBUDSMAN. *What happens when the OHO receives a complaint?* Disponível em: <<https://www.oho.qld.gov.au/health-service-providers/what-happens-when-the-oho-receives-a-complaint/>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

7. Procedimentos disciplinares

A Lei Nacional determina uma série de fóruns para o encaminhamento de questões relacionadas à disciplina profissional, incluindo tribunais e comitês de desempenho, de conduta e de saúde. O principal propósito desses fóruns é a proteção da população e não a punição pelas infrações⁶⁹.

A resposta mais dura para uma decisão tomada é o cancelamento do registro. No entanto, este resultado é muito menos provável do que a recomendação de supervisão, treinamento adicional, advertência e suspensão profissional por um determinado período ou multa. A Tabela 3 detalha os resultados de notificações da AHPRA (excluindo as decisões tomadas em Nova Gales do Sul).

Os tribunais e painéis disciplinares não são tribunais legais e não estão sujeitos aos mesmos requisitos de procedimentos e evidências de um tribunal comum. O principal requisito é que os procedimentos sejam equitativos, o que requer que o tribunal ou painel proporcione ao profissional uma justa oportunidade de fazer as alegações e apresentar suas próprias evidências⁷⁰. Os procedimentos normalmente consistem de dois estágios: audiência e, se as conclusões forem adversas, uma etapa de consideração sobre a ação disciplinar apropriada⁷¹. Em ambas as fases, deve-se garantir ao profissional uma razoável oportunidade de defesa⁷².

8. Profissionais com deficiências

De acordo com a Lei Nacional, deficiência significa que:

[...] a pessoa tem uma condição física ou mental, deficiência ou distúrbio (incluindo abuso ou dependência de substâncias tóxicas) que afetam ou têm a probabilidade de afetar negativamente:

- (a) a capacidade de um profissional de saúde ou candidato a registro em uma profissão de saúde para exercer a profissão;
- (b) a capacidade de um estudante se engajar em treinamento clínico:
 - (i) como parte do programa aprovado de estudos no qual está inscrito; ou
 - (ii) organizado por uma instituição educacional.

⁶⁹*Lee versus Health Care Complaints Commission* [2012] NSWCA 30.

⁷⁰*King versus Health Care Complaints Commission* [2011] NSWCA 353.

⁷¹*Sudath versus Health Care Complaints Commission* [2012] NSWCA 171.

⁷²*Lucire versus Health Care Complaints Commission* [2011] NSWCA 99; *Attia versus Health Care Complaints Commission* [2017] NSWSC 1066.

Tabela 3. Notificações da Agência Australiana de Regulação dos Profissionais de Saúde encerradas em 2017/2018, por resultado (excluindo as decisões tomadas em Nova Gales do Sul)⁷³

Profissão	Nenhuma ação	Encaminhamento da notificação ou parte dela a outro órgão	ERS deve reter	Aceitar um compromisso	Advertência ou reprimenda	Multar o registrado	Impor condições	Aceitar a renúncia do registro	Suspender o registro	Cancelar o registro	Não permitir novo requerimento de registro por 12 meses ou mais	Total 2017/ 2016	Total 2018/ 2017
Especialista em medicina aborígene e de ilhéus do Estreito de Torres	3						1				4		6
Especialista de medicina chinesa	25				1		3			1	30	34	
Quiroprata	53			1	26		13			2	120	88	
Odontologista	368	25	15	13	79		72		1		554	485	
Médico	2.970	23	128	64	249	8	225		16	20	3.703	3.557	
Profissional de radiologia médica	14				4		6				24	29	
Obstetiz	47			2	16		15				80	86	
Enfermeiro	984	11	23	58	245	2	231	5	15	6	1.580	1.473	
Terapeuta ocupacional	19	2	1		9	1	2				34	39	
Optometrista	21			2	4		5				32	27	
Osteopata	13			2	1		1				17	13	
Farmacêutico	225	3	1	10	122	1	48		1		411	355	
Fisioterapeuta	46		2	3	14		17				82	83	
Podólogo	27		1		7		6				41	47	
Psicólogo	291	1	1	3	39		41		4	1	381	344	
Não identificado	10		2								12	3	
Total 2017/ 2018	5.116	71	174	158	816	12	686	5	37	30	0	7.105	
Total 2016/ 2017	4.572	54	159	149	946	11	706	5	30	34	3	6.669	

Legenda: ERS - Entidade de reclamações sobre serviços de saúde.

Nota: (1) Um caso pode ser concluído com mais de um resultado. Só foram anotados os resultados mais graves de cada notificação encerrada.

⁷³AHPRA. Annual report 2018, cit.

A Tabela 3 mostra que cerca de 9% das notificações da AHPRA de 2017/ 2018 são relativas a profissionais com deficiências. Tais decisões não são divulgadas e não são anotadas no registro nacional. Qualquer pessoa pode notificar voluntariamente alguma deficiência e os profissionais de saúde também devem notificar casos de deficiências se acreditarem que a situação expõe a população a risco substancial de danos. Quando a AHPRA recebe notificações relativas à saúde, o profissional ou estudante estará sujeito a uma avaliação de saúde pelo conselho nacional, normalmente por meio de um comitê de saúde.

Se for encontrada alguma deficiência, um comitê de saúde pode impor aos profissionais condições que limitam seus direitos de prática de saúde (por exemplo, para impedi-los de prescrever medicamentos que causem dependência), requerer que os profissionais busquem tratamento (por exemplo, tratamento psiquiátrico ou contra dependência) e que façam exames toxicológicos regulares⁷⁴.

As decisões sobre deficiências podem ser contestadas⁷⁵. A decisão não é uma defesa a uma alegação de conduta pouco profissional ou má conduta profissional. Em *Reimers versus Comissão de Reclamações de Serviços de Saúde*, um médico tinha perdido seu registro por má conduta profissional devido a problemas surgidos por causa de sua dependência de narcóticos⁷⁶. Ele argumentou que, uma vez que foi decidido que ele tinha um impedimento, ele deveria ter sido julgado por um painel próprio e não pelo tribunal. A Corte de Apelação discordou. O ministro Basten J. A. afirmou que:

A prática médica incompetente, repetida e flagrante não deixa de sê-lo porque é causada pela dependência do álcool, da heroína ou outras drogas. Este não foi um caso em que o profissional se manteve inconsciente de sua condição ou das consequências. A continuidade da prática de anestesista enquanto incapaz de prestar os cuidados, demonstrar as habilidades e julgamentos necessários, poderia razoavelmente ser considerada uma conduta profissional imprópria. A decisão do tribunal de que houve má conduta profissional não foi surpreendente [...] Não há dúvida de que a adição é uma condição que pode, talvez até deva, inspirar compaixão. Quando uma infração criminal é causada por uma doença mental, incluindo dependência, pode se refletir apropriadamente na sentença imposta. Mesmo assim, “a proteção da comunidade” é um princípio importante para uma sentença e pode, dentro dos limites da proporcionalidade identificada em referência à gravidade da infração, aumentar ao invés de reduzir a

⁷⁴Por exemplo, NEW SOUTH WALES MEDICAL COUNCIL. *Participant procedure: drug screening*. <www.mcns.wa.gov.au/sites/default/files/procedure_-_participant_procedure_-_drug_screening_-_6_feb_2018_-_effective_from_4_june_2018.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

⁷⁵*MLNO versus Medical Board of Australia* (Occupational and Business Regulation) [2012] VCAT 1613.

⁷⁶[2012] NSWCA 317. *Reimers* foi posteriormente admitido de volta à prática médica com inúmeras condições, como restrições ao direito de prescrever e a requisitos de supervisão: *Reimers versus Medical Council of New South Wales* [2018] NSWCATOD 180.

sentença [...] Mas o propósito por trás de uma ordem disciplinar de cancelamento de registro não é primariamente punitiva e sim protetiva. Isso não é impor alguma dicotomia artificial de ordens punitivas e protetivas [...] Ao contrário, é reconhecer o objetivo primário da Lei da Prática Médica, que é “proteger a saúde e a segurança do público por meio de mecanismos desenhados para garantir que [...] profissionais médicos tenham condições de praticar a medicina”: s. 2A(1). Má conduta que pode ser classificada como conduta profissional imprópria pode perfeitamente levar à perda do registro.

9. Profissionais não registrados

Até agora todas as discussões focaram as profissões de saúde registradas, mas muitos grupos de profissionais de saúde continuam não registrados, incluindo naturopatas, acupunturistas, fisioterapeutas, massoterapeutas, assistentes sociais e homeopatas. Esse setor da economia australiana é vasto e está crescendo. Por exemplo, em 2017/ 2018, os australianos gastaram cerca de cinco bilhões de dólares australianos em serviços médicos complementares e alternativos⁷⁷.

Enquanto os profissionais não registrados não estiverem sujeitos à Lei Nacional – no sentido de contarem com conselho nacional e outras estruturas –, eles permanecem sujeitos às leis de títulos protegidos (já discutidos) e também são regulados pelos sistemas de reclamações de serviços de saúde em cada jurisdição. Em 2015, o Conselho dos Governos Australianos criou o Código Nacional de Conduta para os Trabalhadores dos Serviços de Saúde, que foi baseado em códigos anteriores de Nova Gales do Sul, Austrália Meridional e Queensland. Elaborado a partir de uma série de consultas, o código final foi entregue ao órgão de reclamações de serviços de saúde de cada estado para incorporá-lo às suas próprias regulações. Até o momento, somente Nova Gales do Sul, Queensland, Austrália Meridional e Victoria adotaram o código⁷⁸.

O código é uma forma de “licenciamento negativo”, o que significa que ele se aplica automaticamente a todos os prestadores de serviços de saúde não registrados. Por exemplo, em Nova Gales do Sul os profissionais não registrados estão

⁷⁷COMPLEMENTARY MEDICINES AUSTRALIA. *Complementary medicine snapshot*. <http://www.cmaustralia.org.au/resources/Documents/Australian%20Complementary%20Medicines%20Industry%20snapshot%202018_English.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

⁷⁸Ver *National Code of Conduct for Health Care Workers (Queensland)*; *Code of Conduct for Unregistered Health Practitioners (South Australia)*; *General code of conduct in respect of general health services (Victoria)*. A Tasmania aprovou legislação para incorporar o código, mas ela ainda não está implementada. *Health Complaints Amendment (Code of Conduct) Act 2018*. Ver ainda WARDLE, Jon. Holding unregistered health practitioners to account: an analysis of current regulatory and legislative approaches. *Journal of Law and Medicine*, Melbourne, v. 22, n. 2, p. 350-375, 2014.

sujeitos ao Código de Conduta dos Profissionais de Saúde Não Registrados⁷⁹. A Lei de Saúde Pública de 2010 de Nova Gales do Sul permite a criação de códigos para profissionais regulados não registrados (seção 10AM s 100). Já o código é aplicado “negativamente”, pois não precisa ter o consentimento do profissional.

O código nacional trata de muitos assuntos como:

- a prestação de serviços de forma segura e ética;
- a garantia do controle de infecções;
- a proibição de os profissionais reivindicarem curas para o câncer e outras doenças terminais;
- o aconselhamento adequado, sem dissuadir os pacientes de procurar tratamento realizado por profissionais médicos;
- não exercer a profissão sob o efeito de drogas ou álcool;
- não exercer a profissão com deficiência mental ou física;
- não explorar financeiramente os clientes;
- solicitar tratamentos para ter uma base clínica;
- a proibição da desinformação e condutas enganosas;
- a proibição de relações sexuais ou relações pessoais impróprias;
- a exigência do cumprimento das leis de privacidade;
- a exigência da manutenção de registros;
- a exigência de seguro de responsabilidade civil profissional;
- a obrigatoriedade de exibição do Código no local de trabalho; e
- a exigência de que dispositivos ópticos sejam vendidos de acordo com a prescrição.

No âmbito da Lei de Reclamações de Serviços de Saúde de 1993 de Nova Gales do Sul, a Comissão de Reclamações de Serviços de Saúde do estado pode determinar que um profissional não registrado atue sob certas condições em sua profissão ou pode bani-lo da profissão completamente se ele infringir o código e representar um risco à saúde ou à segurança da população (seção 41a)⁸⁰.

⁷⁹NEW SOUTH WALES MINISTRY OF HEALTH. *Unregistered practitioners*. <<https://www.health.nsw.gov.au/phact/Documents/coc-unregistered-practitioners.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

⁸⁰Por exemplo, NEW SOUTH WALES HEALTH CARE COMPLAINTS COMMISSION. *Public Statement and Statement of Decision in relation to Ms Marilyn Bodnar 23 July 2018*. Disponível em: <<http://www.hccc.nsw.gov.au/Hearings---decisions/Public-statements-and-warnings/Public-Statement-and-Statement-of-Decision-in-relation-to-Ms-Marilyn-Bodnar>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

Conclusões e orientações futuras

A Lei Nacional é um sistema regulatório complexo e multigovernamental, cuja legitimidade e funcionamento rotineiro dependem muito do suporte das profissões de saúde registradas. Embora alguns segmentos da comunidade dos profissionais de saúde critiquem muito a Lei Nacional, todas as maiores revisões do sistema apoiaram amplamente a legislação e a maioria das reformas sugeridas foi mínima e de natureza procedimental⁸¹.

Um problema da atual Lei Nacional é a dependência que o sistema tem de ter que ser demandado para agir. Isso faz com que o sistema seja reativo, respondendo a problemas que já aconteceram e não um sistema que cria um ambiente onde os erros são evitados.

Outro problema está na natureza reincidente das infrações e na possibilidade de permitir que os profissionais continuem exercendo a profissão depois de anos de transgressões. Infrações menores, mesmo quando são repetidas, não parecem chamar a atenção do sistema para a segurança do público, pelo menos não tanto quanto as infrações que poderiam causar graves danos ou a morte. Ainda quando os resultados são graves, as preocupações do sistema com reeducação e capacitação podem mascarar profissionais que são fundamentalmente inadequados para a prática⁸².

Uma possível abordagem desse problema seria tentar identificar profissionais “em risco” e procurá-los para treinamentos ou intervenções de saúde, antes de os problemas surgirem. Isso pode envolver alguma forma de modelagem preditiva⁸³. Alternativamente (ou adicionalmente) poderia haver regimes gerais de revalidação, que exigiriam que os profissionais de saúde se submetessem a testes regulares de certas capacidades e a checagens para detectar potenciais problemas⁸⁴.

Em geral, a Lei Nacional representa uma tentativa bem-sucedida de criar um sistema governamental misto de regulação da força de trabalho em saúde. O sistema tem crescido e se fortalecido nos últimos 10 anos e aparenta ter um grau de agilidade de resposta que lhe permitirá ser adaptado e transformado no futuro.

⁸¹AUSTRALIAN SENATE. *Complaints mechanism administered under the Health Practitioner Regulation National Law 2017*. Available at <https://www.aph.gov.au/Parliamentary_Business/Committees/Senate/Community_Affairs/ComplaintsMechanism/Report>. Acesso em: 10 nov. 2018. Ver também VICTORIAN PARLIAMENT Legislative Council Legal and Social Issues Legislation Committee. *Inquiry into the Performance of the Australian Health Practitioner Regulation Agency 2014*. Disponível em: <https://www.parliament.vic.gov.au/images/stories/committees/SCLSI/Leg_ctee/AHPRA/Final_version_AHPRA_report_30314.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

⁸²Por exemplo, FURNESS, Gail. *Review of processes undertaken by the Medical Council of New South Wales pursuant to Part 8 of the Health Practitioner Regulation National Law (NSW with respect to Dr Emil Gayed)*. 2018. Disponível em: <https://www.mcnsw.org.au/sites/default/files/furness_report-gayed.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2018.

⁸³BISMARCK, M.M.; SPITTAL, M.J.; GURRIN, L.C.; WARD, M.; STUDDERT, D.M. Identification of doctors at risk of recurrent complaints: a national study of healthcare complaints in Australia. *BMJ Quality and Safety*, v. 22, n. 7, p. 532-540, 2013.

⁸⁴CARTER, David; STREET, Deborah; BUSH, Stephen. Building public confidence in medical registration revalidation: reform of medical registration law in Australia, a New Risk-based Approach. *Journal of Law and Medicine*, v.25, n. 4, p.1009-1032, Jul. 2018.

Referências

AHPRA. *Annual Report 2018*. Disponível em: <<https://www.ahpra.gov.au/annualreport/2018/notifications.html>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

_____. *Mandatory reporting under the Health Practitioner Regulation National Law 2017*. Disponível em: <<https://www.health.nsw.gov.au/legislation/Documents/dp-mandatory-reporting-hprnl.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

_____. *What we do*. Disponível em: <<https://www.ahpra.gov.au/About-AHPRA/What-We-Do/FAQ.aspx>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

AUSTRALIAN BUREAU OF STATISTICS. *Australian demographic statistics*. Mar 2018. Disponível em: <<http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/mf/3101.0>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

_____. *Quick stats for Greater Sydney*. Disponível em: <http://quickstats.censusdata.abs.gov.au/census_services/getproduct/census/2016/quickstat/1GSYD?opendocument>. Acesso em: 10 nov. 2018.

AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTHCARE. *Australian Charter of healthcare rights*. Disponível em: <<https://www.safetyandquality.gov.au/national-priorities/charter-of-healthcare-rights/>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

_____. *Governance*. Disponível em: <<https://www.safetyandquality.gov.au/about-us/governance/>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

_____. *Using the Australian Charter of healthcare rights*. Disponível em: <<https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2014/07/Using-the-Charter-of-Healthcare-Rights-in-Your-Health-Service-v3.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

AUSTRALIAN PARLIAMENT. *The pharmaceutical benefits scheme - an overview*. Disponível em: <https://www.aph.gov.au/About_Parliament/Parliamentary_Departments/Parliamentary_Library/Publications_Archive/archive/pbs>. Acesso em: 10 nov. 2018.

AUSTRALIAN SENATE. *Complaints mechanism administered under the Health Practitioner Regulation National Law 2017*. Available at <https://www.aph.gov.au/Parliamentary_Business/Committees/Senate/Community_Affairs/ComplaintsMechanism/Report>. Acesso em: 10 nov. 2018.

AUSTRALIAN THERAPEUTIC GOODS ADMINISTRATION. *Regulation basics*. Disponível em: <<https://www.tga.gov.au/regulation-basics>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

BENNETT, Belinda, CARNEY, Terry, CHIARELLAI, Mary, WALTON, Merrilyn, KELLY, Patrick, SATCHELL Claudette, BEAUPERT, Fleur. Australia's national registration and accreditation scheme for health practitioners: a national approach to polycentric regulation? *Sydney Law Review*, v.40, n. 2, p. 140-181, 2018.

BISMARCK, M.M.; MORRIS, J.M.; CLARKE, C. Mandatory reporting of impaired medical practitioners: protecting patients, supporting practitioners. *Internal Medicine Journal*, Sydney, v. 44, n. 12a, p.1165-1169, Dec. 2014.

_____.; SPITAL, M.J; GURRIN, L.C; WARD, M; STUDDERT, D.M. Identification of doctors at risk of recurrent complaints: a national study of healthcare complaints in Australia. *BMJ Quality and Safety*, v. 22, n. 7, p. 532-540, 2013.

CARTER, David; STREET, Deborah; BUSH, Stephen. Building public confidence in medical registration revalidation: reform of medical registration law in Australia, a New Risk-based Approach. *Journal of Law and Medicine*, v.25, n. 4, p.1009-1032, Jul. 2018.

COMPLEMENTARY MEDICINES AUSTRALIA. *Complementary medicine snapshot*. <http://www.cmaustralia.org.au/resources/Documents/Australian%20Complementary%20Medicines%20Industry%20snapshot%202018_English.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

CREYKE, Robyn; HAMER, David; O'MARA, Patrick; SMITH, Belinda; Taylor, T. *Laying down the law*. 10th ed. Sydney: LexisNexis 2017.

FURNESS, Gail. *Review of processes undertaken by the Medical Council of New South Wales pursuant to Part 8 of the Health Practitioner Regulation National Law (NSW with respect to Dr Emil Gayed*. 2018. Disponível em: <https://www.mcnsww.org.au/sites/default/files/furness_report-gayed.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2018.

GOIRAN, Nick, KAY, Margaret, NASH, Louise; HAYSOM, Georgie. Mandatory reporting of health professionals: The case for a Western Australian style exemption for all Australian practitioners. *Journal of Law and Medicine*, Melbourne, v. 22, n. 1, p. 209-220, Sept. 2014.

KERCHE, Bruce. R v Ballard, R v Murrell and R v Bonjon. *Australian Indigenous Law Reporter* v. 3, n 3, p. 410, 1998.

KOMESAROFF, Paul. Mandatory reporting of impaired doctors: protecting the community or increasing the risk? *Internal Medicine Journal*, Sydney, v. 44, n. 12a, p.1154-1155, Dec. 2014. <https://doi.org/10.1111/imj.12617>.

MEDICAL BOARD OF AUSTRALIA. Guidelines for mandatory notifications. Disponível em: <<https://www.medicalboard.gov.au/Codes-Guidelines-Policies/Guidelines-for-mandatory-notifications.aspx>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

MEDICARE. *About us*. Disponível em: <<https://www.humanservices.gov.au/organisations/about-us>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

NATIONAL DISABILITY INSURANCE SCHEME. *About us*. Disponível em: <<https://www.ndis.gov.au/about-us.html>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

NEW SOUTH WALES HEALTH CARE COMPLAINTS COMMISSION. *Public Statement and Statement of Decision in relation to Ms Marilyn Bodnar 23 July 2018*. Disponível em: <<http://www.hccc.nsw.gov.au/Hearings---decisions/Public-statements-and-warnings/Public-Statement-and-Statement-of-Decision-in-relation-to-Ms-Marilyn-Bodnar>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

NEW SOUTH WALES MEDICAL COUNCIL. *Participant procedure: drug screening*. <www.mcns.wa.gov.au/sites/default/files/procedure_-_participant_procedure_-_drug_screening_-_6_feb_2018_-_effective_from_4_june_2018.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

NEW SOUTH WALES MINISTRY OF HEALTH. *Unregistered practitioners*. <<https://www.health.nsw.gov.au/phact/Documents/coc-unregistered-practitioners.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

OFFICE OF THE HEALTH OMBUDSMAN. *What happens when the OHO receives a complaint?* Disponível em: <<https://www.oho.qld.gov.au/health-service-providers/what-happens-when-the-oho-receives-a-complaint/>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

STEWART, Cameron, KERRIDGE, Ian, PARKER, Malcolm. *The Australian medicolegal handbook*. Sydney: Elsevier 2008.

VICTORIAN PARLIAMENT Legislative Council Legal and Social Issues Legislation Committee. *Inquiry into the Performance of the Australian Health Practitioner Regulation Agency 2014*. Disponível em: <https://www.parliament.vic.gov.au/images/stories/committees/SCLSI/Leg_ctee/AHPRA/Final_version_AHPRA_report_30314.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

WARDLE, Jon. Holding unregistered health practitioners to account: an analysis of current regulatory and legislative approaches. *Journal of Law and Medicine*, Melbourne, v. 22, n. 2, p. 350-375, 2014.

WEIR, Michael. Holding out and protected titles – issues for non-registrant complementary and alternative health practitioners. *Journal of law and Medicine*, v. 25, n. 4, p. 1033-1041, Jul. 2018.

WILLIAMS, George, BRENNAN, Paul., LYNCH, Andrew. *Australian constitutional law: commentary and materials*. 7th ed. Sydney: Federation Press, 2018.

Cameron Stewart Bec – Bacharel em Economia; Bacharel em Direito; Graduado em Jurisprudência; Graduado para Prática Legal. Professor de Direito da Saúde e Ética na *Sydney Law School* da *University of Sydney*. Sydney, Austrália. E-mail: cameron.stewart@sydney.edu.au